

הצעה לביטוח רפואי - באמצעות הטלפון לחברי לשכת רו"ח ובני משפחותיהם

אנו מדנס סוכנת לביטוח בע"מ מס' סוכנות _____ בהפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ והדר חברה לביטוח בע"מ ביחד ולחוד, מצהיר/ה בזאת כי בתאריך _____ יום _____ שעה _____, שוחחתי טלפונית עם המועמד/ת לבעלות על הפוליסה וקיבלתי את אישורה/ה למילוי ההצעה לביטוח רפואי כרשום להלן עבור/ה ועבור מי מבני משפחתי/ה כדלקמן:

פרטי המבוטח הראשי			
שם משפחה	שם פרטי	כתובת	
טלפון	פלאפון	פקס	E-MAIL

פרטי המועמדים לביטוח			
ראשית/ת	שם משפחה	שם פרטי	משקל/גובה
ס"ב	ת.ז.	ד / ז / ב	מין
תאריך לידה			
משנית/ת	שם משפחה	שם פרטי	משקל/גובה
ס"ב	ת.ז.	ד / ז / ב	מין
תאריך לידה			
ילדה/ה 1	שם משפחה	שם פרטי	משקל/גובה
ס"ב	ת.ז.	ד / ז / ב	מין
תאריך לידה			
ילדה/ה 2	שם משפחה	שם פרטי	משקל/גובה
ס"ב	ת.ז.	ד / ז / ב	מין
תאריך לידה			
ילדה/ה 3	שם משפחה	שם פרטי	משקל/גובה
ס"ב	ת.ז.	ד / ז / ב	מין
תאריך לידה			
ילדה/ה 4	שם משפחה	שם פרטי	משקל/גובה
ס"ב	ת.ז.	ד / ז / ב	מין
תאריך לידה			
ילדה/ה 5	שם משפחה	שם פרטי	משקל/גובה
ס"ב	ת.ז.	ד / ז / ב	מין
תאריך לידה			

נא סמן

רו"ח מתמחה סטודנט עובד משרד (בא לציין שם המשרד) _____
 אם הנך עובד משרד נא צרף תלוש שכר אחרון

מקצוע מבוטח משנית/ת

תאריך תחילת ביטוח

0	1	2	0
---	---	---	---

תוכניות הביטוח - "רואים בריא"

(790) מסלול מלא לעובד/ת (790) מסלול מלא לבן/ת זוג (790) מסלול מלא לילדים עד גיל 25
 (791) מסלול שבי"ן לעובד/ת (791) מסלול שבי"ן לבן/ת זוג (791) מסלול שבי"ן לילדים עד גיל 25

הצהרת בריאות			
מבוטח/ת ראשית/ת: גובה	משקל	מבוטח/ת משנית/ת: גובה	משקל
האם הינך נמצאת/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית, או נוטלת/ת תרופות?		האם סבלת בעבר או סובלת/ת בהווה מ: מחלות של מערכת העצבים, שטף דם מוחי (C.V.A), מחלות לב, הפרעות בקצב הלב, יתר לחץ דם, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן, אי ספיקת כליות או מחלת כליות אחרות, מחלות כבד, צהבת, סוכרת, עודף שומנים בדם?	
האם סבלת בעבר או סובלת/ת בהווה מ: מחלה ממארת, גידול סרטני, מחלות ריאה, אסטמה, עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות, מחלות אוזניים או חרשות, מחלות בדרכי העיכול, פגיעה בעמוד השדרה או הגב, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות, מחלות גניקולוגיות?		האם יש הגבלה בפעולות יומיומיות: לקום לשכב, להתרחץ, להתלבש ולהתפשט, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים?	
האם יש לך נכות קבועה מעל 30%?			

אם התשובה לאחת השאלות או יותר היא "כן", יש לפרט בנפרד.
 שם הקופה בה הנך מבוטח _____ האם ברשותך ביטוח משלים? כן לא סניף _____ שם הרופא המטפל _____

להבהרות ופרטים נוספים ניתן לפנות לאגף הבריאות בקבוצת מדנס בטלפון: 03-6380447 פקס: 03-6872421 בימים א-ה בין השעות 08:00-17:00
 כתובת: רח' השלושה 2 ת"א 67060

